ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Ирисов О.Т.
Абдалов Ш.У.
Отамирзаев К.А.
Собиров Н.А.
Махмудов С.С.
Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность.

Первичный спонтанный пневмоторакс – внезапное, не связанное с травмой или каким-либо лечебно-диагностическим действием нарушение целостности висцеральной плевры и поступление воздуха из легкого в плевральную полость. Частота первичного спонтанного пневмоторакса составляет 18–28 на 100000 населения среди мужчин и 1,2–6,0 на 100000 населения среди женщин (2, 9), 6% среди женщин (2).

До настоящего времени не проводилось исследования, сравнивающего функциональные результаты хирургического лечения в отдаленные сроки и качество жизни больных. Несоответствие высокого уровня технических достижений торакальной хирургии и результатов лечения буллезной эмфиземы заставляет искать пути совершенствования способов вмешательств, тактические подходы, позволяющие улучшить результаты лечения этой категории больных. Для этого необходимы углубленные клинические исследования, единые методические подходы, обеспечивающие реальность сравнения полученных данных с позиций доказательной медицины (1,3,4).

Материал и методы исследования.

Нами проанализированы результаты лечения 106 больных со спонтанным пневмотораксом за 2020–2025 гг. Возраст больных колебался от 27 до 73 лет. Средний возраст составлял 34,43 +-2,4 лет. Чаще встречались лица средней возрастной группы. Мужчин было 56 (52,8%), женщин 50 (49,2%). Пневмоторакс в правой половине грудной клетки был выявлен у 62 (58,4%) больных, слева – у 44 (41,6%).

Справа пневмоторакс – у 62 (58,4%) больных, слева – у 44 (41,6%). До стационара 34 (32%) больным была произведена диагностическая пункция, у 37 (34%) было проведено дренирование плевральной полости. Буллезные образования, которые вызвали пневмоторакс, на рентгенограмме нами почти не были выявлены, у 23 (20,7%) больных выявлен также гидроторакс.

Всем больным проводились клинические и инструментальные исследования: общеклинические анализы крови и мочи, определение группы кровы, свертываемости, инструментальные исследования: МСКТ грудной клетки, ЭКГ, УЗИ. Ведущую роль в диагностике спонтанного пневмоторакса и установления возможной причины играли рентгенологические исследования. Нами 92 (86,8%) больных были подвержены на МСКТ грудной клетки, 30 больных повторно, 62 больных первично после расправления легкого, после предпринятых у нас тех или иных манипуляций, направленных для расправления легкого. Считаем нецелесообразным проведение МСКТ грудной клетки больных с коллабированным легким, так как МСКТ интерпретацию коллабированного легкого не считаем полноценной.

Необходимо отметить, что большинство пациентов при поступлении имели результат того или иного метода исследования на руках, подтверждающий предварительно пневмоторакс. У 23 (21,7 %) пациентов была рентгенография грудной клетки, у 30 (28,5%) МСКТ грудной клетки. Соответствие клинического состояния пациента с рентгенологической картиной и время после первичного исследования являлось критерием для назначения повторного радиологического исследования.

У 59 (55%) больных наблюдалась клиника рецидива, то есть они ранее были пролечены по поводу первичного пневмоторакса в том или ином учреждении. Из них 13 была выполнена пункция плевральной полости, 42 больным дренирование плевральной полости, 4 были ранее оперированы.

В основном наличие воздуха в плевральной полости, безуспешность расправления легкого пункцией, дренирование, наличие буллезных образований в легком и бронхо-плеврального свища определило показание к операции. Всем 106 больным была проведена видеоторакоскопическая операция: 62 (58,4%) больным – справа, а 44 (41,6%) больным – слева. При этом было выявлено множество булл в верхней доле справа и слева у 101 (95%) больных с наличием свищевого отверстия в одном из этих пузырей, откуда поступает воздух. Часть этих пузырей резецированы, а часть коагулированы. Особое внимания требует момент профилактики рецидива пневмоторакса, причину возникновения которого увы нам уже не избегать. Во всех случаях после основного этапа операции приступаем к плевродезу. Плевродез у всех пациентов была комбинированной. Но у 65 (61,3%) пациентов также дополнялась частичной плеврэктомией.

В послеоперационном периоде у 2-х больных в течение 2 суток поступал воздух различной интенсивности по дренажам, что в последующем прекратилось. На контрольной рентгенограмме легкое расправлено, на 4-е сутки дренажные трубки были удалены. У всех остальных пациентов дренажные

трубки удалены на 2-е, 3-е сутки. На 3-е, 4-е сутки больные были выписаны домой в хорошем состоянии.

Выводы

1. Спонтанный пневмоторакс у больных с буллезной эмфиземой легких больше встречается у мужчин и характеризируется частым рецидивом.
2. Пункции и дренирования плевральной полости при спонтанном пневмотораксе являются всего лишь временными мерами для облегчения состояния больного.
3. Видеоторакоскопическая операция является самым эффективным методом диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса при буллезной болезни легких.
4. Применение комбинированного плевродеза предупреждает рецидив пневмоторакса.
5. Частичная плеврэктомия с комбинированным плевродезом увеличивает надежность образования спаечного процесса в плевре.

Литература

1. Бисенков Л.Н., Гладышев Д.В., Лишенко В.В., Чуприна А.П. Торакоскопия в лечении буллезной болезни легких, осложненной пневмотораксом // Пульмонология. 2005. № 1. С. 29–33.
2. Иванов С.В., Иванов И.С., Горяинова Г.Н., Темирбулатов В.И., Клеткин М.Е., Иванова И.А. Патоморфология буллезной эмфиземы легких и спонтанного пневмоторакса. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018;13(2):43-49.
3. Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я. К вопросу о тактике хирургического лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010;3(2):103–111.
4. Cao G.q., Kang J., Wang F., Wang H. Intrapleural instillation of autologous blood for persistent air leak in spontaneous pneumothorax in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. Ann Thorac Surg. 2012;93(5):1652–1657. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2012.01.093.